Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 22 — 14 Mars 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

OSTÉO-SARCOME DE L'HUMÉRUS GAUCHE, FRACTURE SPONTANÉE, par M. le professeur DUPLAY 129

ANALYSES

Bactériologie : De la pénétration des bacilles influenziques dans le système nerveux central, par MM. PFUHL et K. WALTER 130
Médecine expérimentale : Etude expérimentale et clinique sur le tétanos, par M. FEDOROFF 130
Médecine : De l'hérédité similaire dans le goitre exophtalmique, par M. J. BAYLAC 130
Chirurgie : Des sutures intestinales, par M. TROPHIMOFF. 131
Maladies des enfants : Melœna du nouveau-né, par M. W. MILTON-LEWIS 131
Neurologie et Psychiatrie : Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la myélite aiguë, par M. PFEIFFER 131
Maladies des voies urinaires : Un cas rare de résection complète de la prostate, par M. SALITSCHEW. — Du pouvoir de résorption de la muqueuse vésicale, par M. L. LEWIN et H. GOLDSCHMIDT 131
Thérapeutique et Matière médicale : Du bichlorure de mercure et du bichlorure de quinine dans le traitement de l'anémie grave, par M. GENNARO DE FRANCESCO. — Traitement de l'anémie splénique, par M. KOESTER. 132
Pharmacodynamie : Des modifications qu'apporte le jeûne dans l'action des médicaments, par M. JORDAN. . 132
Chimie : Analyse des concrétions intestinales, par M. L. BARTHE 132

Association médicale mutuelle, par M. LETULLE . . CIV
Les médecins étrangers, M. D.-W. SAMWAYS. . . . CIV
La luxation congénitale de la hanche, par M. le Dr HELLER . . . . . CIV CV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Luxation du nerf cubital, M. JALAGUIER. — Ulcère de l'estomac : perforation, laparotomie, guérison, M. MICHAUX. M. ROUTIER. — Pyélonéphrite suppurée, M. ROUTIER. — Luxation irréductible de la rotule, M. BRUN. MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, KIRMISSON, BRUN. — Bec-de-lièvre, M. BERGER. M. JALAGUIER CVI
Société médicale des hôpitaux : La rougeole à l'hôpital Trousseau en 1895. M. COMBY. — Nécessité d'une revision des angines dites à streptocoques, MM. F. WIDAL et F. BEZANÇON. M. LEMOINE. — Cas de mort subite au cours de la chlorose, par embolie pulmonaire, M. HAYEM. — Exemple de souffle cardio-pulmonaire à foyers multiples simulant un rétrécissement mitral avec insuffisance, et surtout une insuffisance aortique, M. HUCHARD. — Erythème infectieux dans la fièvre typhoïde, M. L. GALLIARD CVII
Société anatomique : Anomalies musculaires, M. AUVRAY. — Double uretère prostatique, hydronéphrosé coïncidant avec deux uretères sains s'abouchant dans la vessie, MM. R. MESLAY et VICTOR VEAU. — Ectromélie du pouce et du premier métacarpien, MM. L. PICQUÉ et U. POIX. — Hernie inguinale droite étranglée. Sphacèle de l'appendice iléo-cæcal et d'une anse d'intestin grêle. Invagination totale de l'anse malade et résection de l'appendice, M. AIMÉ GUINARD. — Embolie du tronc artériel brachiocéphalique, M. CHAUVEL. — Leucoplasie buccale. Transformation cancéreuse. MM. PILLET et RICHE. CVIII
Société de thérapeutique : Albuminurie et urémie à la suite d'une application de vésicatoire, M. HUCHARD, MM. FERRAND, BARDET, CRÉQUY, VIGIER, DE CRÉSANTIGNES, MATHIEU, CAPITAN. CIX
Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Deuxième note sur une dermatite suppurative à poussées successives, MM. HALLOPEAU, PRIEUR. — Leucoplasie et cancer, M. BARTHÉLEMY. MM. FEULARD, BARTHÉLEMY, BESNIER, BARTHÉLEMY, BESNIER. — Deux cas de tuberculose cutanée gommeuse généralisée, M. FEULARD. MM. HALLOPEAU, DU CASTEL, HALLOPEAU. — Syphilide ulcéreuse chancriforme de la verge et réinfection, M. DU CASTEL. MM. FOURNIER, JULLIEN, BESNIER, BEAUDOIN, FOURNIER. — Tuberculose verruqueuse et ulcéreuse des doigts, M. DU CASTEL. MM. FOURNIER, DU CASTEL. — Lupus érythémateux de la face, des oreilles et de la face dorsale des doigts, M. GASTOU. M. BESNIER. — Zona ophtalmique, M. DANLOS. MM. BARTHÉLEMY, HALLOPEAU, BESNIER, FOURNIER, DU CASTEL. — Sur un pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme, MM. HALLOPEAU et ANDRÉ JOUSSET. MM. BESNIER, HALLOPEAU. TENNESON, HALLOPEAU, BARTHÉLEMY, TENNESON, BESNIER, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU, BESNIER. — Sur un érythème bulleux suraigu du dos des mains, MM. HALLOPEAU et ANDRÉ JOUSSET. — Sur un syphilome secondaire en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique, MM. HALLOPEAU, G. BUREAU. M. FOURNIER. — Dermatite herpétiforme, MM. FOURNIER et CANUET. — Sur un cas de paraplégie syphilitique, M. FOURNIER. MM. TENNESON, CANUET et HALLOPEAU, TENNESON, BESNIER. — Chancres extra-génitaux, MM. YAHOUBIAN et FOURNIER. — Applications des greffes dermo-épidermiques, M. E. TERRIEN. MM. HALLOPEAU, BESNIER, FOURNIER. — Chimisme gastrique des syphilitiques traités, MM. GASTOU et BABON CIX
Société de médecine légale : Traumatismes de l'œil et de ses annexes, M. VALUDE. — Simulation d'amblyopie double, M. DE BEAUVAIS. M. VALUDE CX

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie CX

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE

L'Association médicale mutuelle du département de la Seine vient de tenir sa IXe assemblée générale, sous la présidence du Dr Descouts, vice-président.

Fondée par le Dr Gallet-Lagoguey, il y a déjà neuf ans, cette œuvre vraiment philanthropique compte 362 membres participants. Elle est basée sur un principe de solidarité professionnelle bien défini : tout membre, mis dans l'impossibilité d'exercer la profession médicale, a droit à une indemnité quotidienne de 10 francs.

Quelle que soit la cause de cette incapacité et quelle qu'en doive être la durée, l'indemnité quotidienne est due et régulièrement touchée par le sociétaire.

La formule des droits et des devoirs est simple dans son laconisme : *10 francs par mois, 10 francs par jour.*

Cette somme de 120 francs par an, régulièrement versée, assure à chacun des sociétaires une rente de 3.530 francs pour le jour où, quelque infirmité survenant, la vie active et par conséquent professionnelle deviendrait impraticable. La vieillesse, avec son cortège de maux, représente la pire infirmité, et, comme telle, donne droit à l'indemnité annuelle.

Comme le remarquait judicieusement dans son discours le vice-président Descouts, il est extraordinaire de voir encore nombre de médecins du département de la Seine hésiter à venir grossir nos rangs.

L'Association s'enrichit chaque année, tout en payant l'indemnité-maladie à nombre de ses membres. C'est ainsi que pour l'année 1895, elle a versé à ses malades 18.710 francs. D'autre part, elle possède en caisse plus de 160.000 francs.

En neuf ans, l'Association a déboursé 90.000 francs d'indemnités-maladie. Elle a donc mis de côté les deux tiers environ de ses recettes. Son avenir est dorénavant assuré.

Cette certitude de l'avenir est d'autant plus grande, ainsi que le signalait dimanche dernier le docteur Signez, secrétaire-général de l'œuvre, que chaque nouvelle année rajeunit la collectivité des sociétaires ; l'adjonction de membres nouveaux jeunes en est la cause.

Outre son rajeunissement progressif, notre Société possède encore une grande force qui réside dans ce qu'elle s'administre elle-même. Chacun des membres, à tour de rôle, y est appelé à remplir les fonctions d'administrateur ; et toutes les fonctions sont gratuites. Seul, un agent comptable rétribué est adjoint aux trésoriers.

On ne saurait donc trop énergiquement faire appel aux confrères résidant à Paris d'une manière définitive ou même temporaire.

La sécurité absolue de l'œuvre, la garantie qu'elle offre d'une indemnité honorable et quotidienne font de l'Association médicale mutuelle le modèle, non encore dépassé, de l'assurance-maladie et de la mutualité proposées à la plus pénible, à la plus meurtrière des professions dites libérales.

M. LETULLE.

LES MÉDECINS ÉTRANGERS

La question des étrangers n'est pas aussi simple à résoudre que semblent le penser certains protectionnistes farouches qui, après avoir exterminé tous les médecins nés hors de France, occiraient volontiers tous ceux qui ne sont pas de leur province, puis de leur ville, enfin de leur rue. Ces idées réaction-

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

VICHY-CÉLESTINS
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE
BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel
OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

naires auront le sort qu'elles méritent. Certes, il faut ici, *comme en tout*, faire succéder à l'anarchie une bonne organisation; mais, si le moyen de n'être pas dupe ne consiste pas à ouvrir aux médecins étrangers, quels qu'ils soient, les portes de toutes nos villes, grandes et petites, il ne semble pas davantage qu'on arrivera à un meilleur résultat en les arrêtant tous à la frontière, *In medio stat virtus*.

La lettre suivante, d'un de nos abonnés, contient à ce sujet quelques vérités qui sont bonnes à dire, si elles ne sont pas agréables à entendre pour tous.

. . . . . .

Monsieur,

« Parmi les propositions qui ont été sérieusement émises dans la *Presse médicale* et ailleurs, il y en a une qui me paraît tout au moins singulière.

« C'est que tout étranger, avant d'avoir obtenu l'autorisation d'exercer la médecine en France, doit se faire naturaliser Français et être soumis au service militaire.

« Un sentiment si peu charitable — à moins d'être basé sur des raisons très graves — parle très peu en faveur de celui qui le proclame.

« La position de médecin, en France, n'est pas assez convoitée dans les pays étrangers pour qu'il en résulte une cause de danger pour le vôtre.

« Les parasites de la profession (j'emploie le mot sans mépris) y sont si nombreux et si divers — sages-femmes, pharmaciens, etc., qu'un médecin français a beaucoup plus ma sympathie que mon envie.

« Je suis médecin anglais, et il me semble qu'aucun des médecins d'Angleterre ne sera tenté, à l'heure qu'il est, par la position de simple praticien en France et parmi les Français. Ils ne l'étaient pas lorsque le facile diplôme d'officier de santé suffisait pour le droit d'exercer.

« Les Bulgares qui étudient en France reviendront dans leur pays. Les Russes, pour la plupart étudiantes, ne seront pas très touchées, je suppose, par un règlement rendant le service militaire obligatoire pour les étrangers.

« Quand il y a peu ou rien à perdre pourquoi ne pas être agréable?

« Je sais bien — il est difficile de ne pas le savoir en France — qu'on ne suppose pas que nous, Anglais, nous ayons quelque bonne qualité, un trait qui puisse nous racheter; pourtant — en matière de règlements relatifs au droit d'exercer la médecine en Angleterre — nous faisons preuve de plus de générosité que la France.

« Un docteur français peut exercer en Angleterre, s'il y subit le dernier examen des collèges royaux à Londres (pathologie interne, pathologie externe, et accouchements) c'est-à-dire une partie seulement de nos plus faciles épreuves.

« Les lois anglaises permettent qu'on reconnaisse les diplômes français comme équivalents aux nôtres; elles exigent seulement que cette reconnaissance soit réciproque, chose qu'on n'a pas encore obtenue en France pour les diplômes anglais.

« Malgré ma qualité d'étranger, je crois cependant que la France a été par trop généreuse sous un rapport. C'est en accordant aux étudiants étrangers le privilège d'être internes des hôpitaux. Cette faveur devient une injustice, parce qu'elle se fait au détriment des Français qui, seuls, supportent les frais d'entretien de leurs hôpitaux.

« Je ferai remarquer en outre qu'il nous est souvent possible, à nous étrangers, d'obtenir un emploi correspondant à celui d'interne dans les hôpitaux de nos pays.

« Mais, pour en revenir à la question des docteurs étrangers exerçant en France, il me semble que les avantages ne devraient pas être oubliés dans cette controverse.

« Si la France perd d'un côté par la présence des médecins étrangers, elle y gagne de l'autre.

« Les médecins anglais à Nice, Cannes, etc., y attirent des malades de leurs pays et les hôtels en profitent aussi bien que les médecins eux-mêmes.

« C'est un médecin anglais, le Dr Bennett, qui a fait de Menton une station climatérique recherchée, et la ville a souffert presque autant de sa mort que du tremblement de terre d'il y a peu d'années.

« Ce que je viens de dire au sujet des Anglais s'applique aussi d'une façon ou d'une autre au restant des étrangers. Nous donnons aussi bien que nous acquérons, et si quelques-uns d'entre nous prennent plus qu'ils ne donnent, le profit, au bout du compte, en revient encore à la France.

« Votre tricolore est national, mais votre grande devise : « Liberté, Egalité, Fraternité » est universelle. C'est dommage de la tacher pour un tort plus imaginaire que réel. »

D.-W. Samways.
(M.-D. Cambridge).

LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

La luxation congénitale de la hanche et son traitement sont à l'ordre du jour. Dans notre numéro du 5 Février dernier nous avons publié une Revue dans laquelle M. Cottet, interne des hôpitaux, faisait une mise au point complète de la question.

Depuis lors, M. Calot présentait à l'Académie de médecine, dans la séance du 4 Mars, les résultats qu'il avait obtenus de l'intervention sanglante dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche, par un procédé qui n'est autre que celui de Lorenz, et M. Broca apportait à la dernière séance de la même Académie une statistique de 37 interventions ayant donné, à l'abri de tout danger, les résultats les plus encourageants.

Juste au moment où la méthode de Lorenz semble devoir être adoptée en France, voilà que le chirurgien viennois abandonne l'intervention sanglante et préconise les moyens orthopédiques. C'est là du moins ce que nous apprend le Dr Heller, notre correspondant à Vienne.

Traitement orthopédique de la Luxation congénitale de la hanche.

Après avoir démontré, en 1895, la possibilité de guérir la luxation congénitale de la hanche à l'aide de l'intervention chirurgicale, et avoir appuyé cette démonstration sur l'observation de 170 malades soumis à ce traitement, le professeur A. Lorenz, guidé par des considérations d'ordre théorique a été amené à préconiser, dans le courant de la même année, une nouvelle méthode thérapeutique, méthode non sanglante et qui, à plus d'un point de vue, agit suivant un mécanisme diamétralement opposé à celui des anciens procédés.

C'est au cours de ses nombreuses opérations que Lorenz eut l'occasion de faire les constatations anatomo-pathologiques qui lui ont inspiré la méthode dont nous allons parler et qui mérite d'être désignée sous le nom de *méthode orthopédique*.

Lorenz a développé ses nouvelles idées dans le livre qu'il a écrit sur le traitement de la luxation congénitale, ainsi que dans plusieurs autres publications; il vient de communiquer les résultats de sa nouvelle méthode à la Société des chirurgiens allemands.

Ce nouveau procédé, basé tout d'abord sur des considérations théoriques, Lorenz ne tarda pas à le faire passer dans le domaine de la pratique, et celle-ci se chargea de confirmer par d'éclatants succès le bien fondé des déductions thérapeutiques du chirurgien viennois.

Les anciens opérateurs bornaient leur intervention à la pratique de l'extension continue, prolongée pendant des mois et même des années, sans oser se livrer à la moindre tentative susceptible de fixer la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, ou, pour parler plus exactement, d'emboîter ces deux surfaces osseuses l'une dans l'autre. En réalité, c'était condamner le membre à une impotence définitive, d'où atrophie et arrêt de développement comme conséquences inévitables; dans ces conditions, le patient soumis à l'immobilité ne tardait pas à tomber dans un état de déchéance organique facile à concevoir.

Comparée aux méthodes anciennes, celle de Lorenz se présente incontestablement comme un procédé orthopédique et chirurgical éminemment actif, « puisque c'est le malade lui-même qui est l'auteur inconscient de la réduction de sa jointure; en effet, à chaque pas qu'il fera, la tête de son fémur s'enfoncera plus profondément dans la cavité de son cotyle ».

D'ailleurs, voici le but que Lorenz se propose d'atteindre en conseillant sa manière de procéder :

1° Abaissement de la tête fémorale déboîtée, c'est-à-dire *réduction* du déplacement de cette tête;

2° Creusement du cotyle;

3° Emboîtement de la tête dans cette cavité.

L'auteur règle son intervention de la manière suivante : l'abaissement de la tête et son introduction dans le cotyle devront s'opérer sous le chloroforme, mais sans extension (manuelle ou mécanique) préalable; après la réduction et la pénétration de la tête dans la cavité qui lui est destinée, le membre sera placé dans l'abduction et, pour certains cas particuliers, dans la flexion.

En recommandant cette manière d'agir, Lorenz s'appuie sur le fait suivant, à savoir : que la tête fémorale ne saurait être maintenue dans la cavité cotyloïde, lorsque le membre est placé dans l'extension ordinaire, particularité qui jusqu'ici avait échappé à l'observation de tous les chirurgiens. En somme, le meilleur, le seul moyen de maintenir la tête dans le cotyle, consiste à donner au membre correspondant l'attitude de l'abduction forcée.

Mais, une fois la réduction obtenue, il s'agit de conserver l'emboîtement de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde; pour arriver à ce résultat, il est indispensable d'augmenter la profondeur de cette cavité, et en outre, de rendre aux ligaments et aux muscles leur puissance physiologique.

C'est alors seulement que commence le traitement proprement dit de la difformité. Dans ce but, et à l'aide d'un appareil spécial, on fixera d'abord le membre dans l'abduction maxima; puis, petit à petit et à mesure que le cotyle se creuse, on diminuera le degré d'abduction jusqu'à ce que la marche, quoique imparfaite, soit devenue possible. A partir de ce moment, la tête fémorale creuse en quelque sorte le cotyle, l'agrandit grâce à la compression exercée par le poids du corps pendant que le malade marche ou qu'il se tient debout.

Ce qui précède montre bien que, chez les sujets traités au moyen de l'extension ordinaire, il est impossible d'arriver à un résultat complet après la réduction de la luxation, réduction qui s'annonce comme on le sait par un craquement sourd, mais qui ne persiste pas.

Il nous paraît inutile d'insister sur l'importance qu'il y a à permettre aux petits malades de marcher et de prendre de l'exercice, afin de prévenir les phénomènes d'atrophie et de dénutrition si constants chez les sujets traités par l'extension pure et simple.

Les 29 succès complets remportés par Lorenz attestent suffisamment l'excellence de son procédé; en effet, chez tous ces malades, le résultat obtenu est si parfait qu'il est à peine possible de faire la différence entre les deux côtés; les deux hanches présentent exactement la même configuration; enfin, les petits patients peuvent marcher, courir, jouer, tout comme des enfants normalement conformés.

Nous allons rapporter quatre observations fort intéressantes au point de vue du mécanisme de la guérison.

Observation I. — Enfant de quatre ans. Réduction opérée sous le chloroforme le 28 Septembre 1895. Le membre est fixé dans l'abduction et dans l'extension forcées. Le 11 Décembre 1895, on diminue cet écartement de 3 centimètres, en même temps qu'on fait porter au pied du côté sain une chaussure munie d'une semelle orthopédique haute de 3 centimètres. A partir de cette date et jusqu'au mois de Janvier 1896, l'enfant est laissé constamment sur pied. Pendant les quatorze premiers jours, la marche fut impossible, mais bientôt elle s'effectua librement sans le concours d'aucun appareil. Actuellement, il est facile de constater que la tête occupe bien la place qui lui est destinée; ainsi, en imprimant au membre des mouvements de rotation, on la perçoit plus aisément du côté malade que du côté sain, où elle est plus profondément embrassée par la concavité du cotyle. Quant à la démarche de l'enfant, elle affecte les allures de l'abduction, sans cependant présenter le dandinement caractéristique des individus porteurs de luxations congénitales. On peut donc affirmer que la réduction est définitivement acquise.

Observation II. — Enfant âgé de trois ans. Réduction pratiquée sous le sommeil chloroformique, le 5 Juillet 1895. La fixation du membre en abduction a été prolongée pendant six mois. En exceptant les huit premiers jours, l'enfant a toujours été sur pied. La chaussure du pied sain a été pourvue d'une semelle orthopédique haute de 3 centimètres. Démarche en abduction. Cependant le petit malade est déjà en état de courir sans le secours de la semelle. La réduction paraît définitive, quelle que soit l'attitude qu'on essaye d'imprimer au membre.

Observation III. — Enfant âgé de trois ans. La configuration extérieure de la région est normale; cependant le côté malade trahit encore une abduction de 2 centimètres.

Observation IV. On peut dire qu'il s'agit ici d'un fait de guérison idéale. La réduction fut opérée au mois de Mars 1895. Pendant les deux premiers mois, l'enfant ne put ni marcher, ni se tenir debout, à cause de l'attitude du membre en abduction à angle droit, combinée à l'extension forcée et à la rotation en dehors. Pendant les deux mois suivants, la marche fut possible, mais avec un degré d'abduction de 5, puis de 3 centimètres; à partir de ce moment, il fut toujours sur pied. Depuis sept mois, on a diminué la hauteur de la semelle orthopédique. Actuellement la réduction est parfaite et définitive; des deux côtés du corps, les points symétriques sont semblables, les mouvements de la jointure jouissent de leur amplitude physiologique. Il ne se produit plus de récidive, même lorsqu'on place le membre dans un léger degré d'adduction. La boiterie a complètement disparu; la démarche est normale; l'œil le plus exercé est réellement incapable de découvrir une différence entre les deux côtés.

A propos de 25 autres cas de luxations congénitales, Lorenz faisant allusion à l'intervention chirurgicale insiste sur le fait suivant, à savoir que les quelques insuccès enregistrés doivent être mis sur le compte d'une thérapeutique post-opératoire insuffisante.

En laissant de côté les difficultés techniques que peuvent présenter certains cas, obstacles capables de compromettre le succès définitif d'une opération, il n'en est pas moins vrai que la certitude de réussir à l'aide de manœuvres manuelles, doit être préférée à l'aléa d'une intervention chirurgicale qui, en dépit du perfectionnement des méthodes modernes, ne laisse pas d'être parfois périlleuse pour la vie des malades.

D'après ce qui vient d'être dit, il nous paraît facile de prévoir l'enthousiasme que ne peut manquer de soulever une conquête thérapeutique aussi précieuse.

Il suffira d'avoir constaté *de visu* les résultats obtenus pour applaudir à une méthode qui conduit au but poursuivi avec une aussi séduisante précision.

Dr Heller,
Assistant du Prof. Schrotter.

NOUVELLES

Société de chirurgie. — *Ordre du jour de la séance du 18 mars 1896.*

Rapport : Observations de M. Chevasssu; Appendicite perforante, rupture de l'urèthre, M. Picqué, rapporteur.

Communications : Cholélithiase biliaire, M. Tuffier. Nouvelles indications du salol iodoformé, M. Reynier.

VARIÉTÉS

Congrès international de Moscou. — Lors du Congrès de Rome, tous les assistants furent frappés des inconvénients qui résultaient de la multiplicité des langues employées pour les communications et les discussions. De nombreuses critiques furent formulées, à ce propos, dans la presse médicale de tous les pays, et tous nos confrères furent unanimes à réclamer pour les Congrès futurs une langue unique.

S'inspirant de ces faits, le Comité d'organisation du Congrès de Moscou a cru devoir adopter comme langue officielle, la langue française. Cependant cette unification, comme le faisait récemment remarquer le professeur Diakonoff, n'est pas sans entraîner de réelles difficultés. C'est ainsi qu'il a fallu, en principe du moins, permettre l'emploi du russe, certains médecins russes pouvant ne pas être suffisamment familiarisé avec la langue française. Mais alors, autre difficulté : une grande partie des médecins russes a fait ses études en Allemagne ou du moins a suivi un enseignement fait en langue allemande, par conséquent connaît mieux l'allemand que le français; d'où la nécessité de tolérer aussi la langue allemande. De sorte que, tout en n'admettant officiellement que le français, le Comité s'est vu dans la nécessité de tolérer le russe et l'allemand.

Mais ce sont les Anglais et les Américains qui ne sont pas contents! A tel point que l'*American medico-surgical Bulletin* et nombre de journaux anglais et américains se refusent dorénavant à considérer le Congrès de Moscou comme un Congrès international : ce ne sera disent-ils, qu'un Congrès purement « local ».

A propos du Congrès de Moscou, il y a une question qu'il serait intéressant de résoudre, c'est celle des médecins israélites. On sait à quels règlements sont soumis, en Russie, les membres de la religion juive; or, tout passeport pour la Russie mentionne la religion de celui auquel il est délivré; il faudrait donc que, par l'intermédiaire du Comité d'organisation, les médecins juifs qui se proposent de participer aux travaux du Congrès, sachent exactement quelles formalités ils auront à remplir pour voyager en Russie et séjourner à Moscou.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

11 Mars 1896.

Luxation du nerf cubital. — M. Jalaguier. Il y a trois ans, j'ai eu l'occasion d'observer un homme de quarante ans qui, dans un mouvement violent d'extension, se fit une luxation du nerf cubital. Cette luxation ne s'accompagna ni de douleurs ni de troubles moteurs; on sentait très facilement le nerf dont le volume était normal, de même que la conformation; la réduction en était assez facile et se faisait même spontanément. En présence d'aussi peu de troubles, je ne crus pas devoir intervenir, et M. Tillaux, qui vit le malade, fut également d'avis de s'abstenir.

A cette époque, je fis quelques recherches anatomiques qui m'amenèrent à penser que la luxation du cubital ne peut s'effectuer que s'il y a rupture partielle des deux chefs du cubital antérieur, ou des fibres arciformes qui les unissent, formant ainsi une sorte d'arcade fibreuse au-dessus du nerf. Dans les mouvements violents d'extension, les fibres musculaires du cubital antérieur peuvent être élongées ou rupturées, et la luxation se produire. Cette théorie permet encore d'expliquer les luxations lentes du nerf cubital dont j'ai trouvé deux exemples, sur les dix cas que j'ai relevés; chez les deux malades dont il s'agit, le déplacement du nerf s'était fait peu à peu, à la suite de mouvements d'extension longtemps répétés.

Au point de vue de l'intervention, il faut, comme l'a fait remarquer M. Quénu, tenir grand compte de l'état du nerf : suivant qu'il y a ou non névrite, la conduite à tenir est évidemment bien différente.

Enfin, je crois que la luxation du nerf cubital n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire; mais, comme elle ne s'accompagne le plus souvent d'aucun trouble, elle passe inaperçue.

Ulcère de l'estomac, perforation, laparotomie, guérison. — M. Michaux. M. Hartmann nous a communiqué l'intéressante observation suivante. Le 28 Décembre 1894, entrait, à l'hôpital, un malade avec le diagnostic de péritonite par perforation ou d'occlusion intestinale. Cet homme, âgé de vingt-six ans, avait toujours joui d'une bonne santé; cependant, depuis quinze jours, il se plaignait de vives douleurs dans l'hypogastre et le flanc gauche. Le 25 Décembre, il fut pris d'un malaise brusque à 6 heures du soir. Le lendemain et le surlendemain, les douleurs abdominales vont croissant et engagent le malade à venir à l'hôpital. La laparotomie est pratiquée le 28 Décembre 1894 : on trouve une péritonite caractérisée par des exsudats fibrino-purulents et un épanchement lactescent et purulent. Après un nettoyage aussi soigné que possible, à l'aide de tampons montés, M. Hartmann explore avec soin l'estomac qui paraît être, d'après la topographie des lésions, le point de départ des accidents; il trouve, près du cardia et sur la face antérieure de l'estomac, un orifice que, vu sa profondeur, il est impossible d'obturer. M. Hartmann se contente donc d'établir un simple barrage à la gaze iodoformée, et de drainer, en outre, avec deux gros drains. Les premiers jours, la température monte à 39 degrés, 39°,5, et il s'écoule beaucoup de matières alimentaires. A partir du 1er Janvier, l'amélioration commence et se termine par la guérison complète en mi-Février. Le 26 Mars, l'opéré reprenait son travail, ne se plaignant que de quelques douleurs stomacales, avec irradiations à l'épaule gauche, et qui duraient une heure après le repas.

Les opérations de ce genre, rares partout, ont été pratiquées plus souvent à l'étranger que chez nous, où je crois être le premier à y avoir eu recours avec succès : il s'agit d'un homme d'équipe qui fut pris, à 2 heures du matin, en soulevant un rail, d'une douleur abdominale brusque et vive, et se fit transporter à l'hôpital trois heures plus tard. En voyant le malade, je me méfiai d'une perforation que je croyais, d'ailleurs, d'origine traumatique, et pratiquai la laparotomie. Je trouvai sous le foie et près du cardia une perforation que je ne pus obturer qu'en faisant un pli à la séreuse. Je drainai. Après une suppuration assez abondante, mon malade guérit.

Les perforations stomacales ne sont pas rares, mais les auteurs sont loin de s'entendre sur leur fréquence. Tandis que beaucoup ne les ont relevées que dans 3 à 5 pour 100 des cas, Brinton parle de 13, et Pearce Gould de 25 pour 100. D'autre part, pour l'ulcère du duodénum, Collin, sur 260 observations, relève 181 perforations, ce qui donne une proportion de 70 pour 100. Sans qu'il soit possible d'établir des chiffres exacts, il faut admettre que la perforation n'est pas un accident exceptionnel de l'ulcère gastrique.

Relativement aux antécédents stomacaux que présentent les malades atteints de cette complication, ils varient suivant que l'ulcère a déterminé antérieurement les signes ordinaires dont il s'accompagne, ou qu'il n'a donné naissance qu'à des symptômes frustes, ou enfin qu'il est resté à l'état latent, ce qui est le cas le plus fréquent peut-être.

La perforation elle-même détermine un ensemble de symptômes presque toujours identiques : brusquement, à la suite d'un effort, d'une fatigue, d'un excès de table, survient une douleur abdominale, excessivement vive, qui s'accompagne rapidement de rétraction de la paroi, de constipation, d'arrêt des gaz, d'élévation légère de la température. Puis tous les phénomènes de la péritonite se développent ultérieurement; le seul point à noter, c'est que, la plupart du temps, il n'y a pas de vomissements.

La marche des accidents peut être ultrarapide et se terminer, en quatre ou cinq heures, par la mort; celle-ci survient plus souvent au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, exceptionnellement, le troisième, quatrième ou cinquième jour. Chapt, dans sa thèse, relève 13 morts survenues dans les vingt-quatre premières heures, et 7 dans les quarante-huit premières heures. Les dangers courus par le malade sont donc des plus grands, et il faut savoir agir sans retard.

Les résultats de l'intervention sont des plus encourageants. C'est Mikulicz, en 1884, qui a pratiqué la première laparotomie pour perforation d'un ulcère de l'estomac. En Allemagne, en Angleterre, en Amérique, en Suisse, on relève, les années suivantes, quelques interventions. En France, on ne se décide que plus tard, et nous n'avons encore que les observations de Poncet, Walther, Le Dentu, Hartmann et la mienne.

Au point de vue opératoire, je dirai simplement qu'on pratiquera une incision médiane sus-ombilicale et qu'on ira à la recherche de la perforation, après avoir fait relever le foie par la main d'un aide. Si la perforation est facile à atteindre, on la suturera, après résection de l'ulcère, si c'est possible; si la résection n'est pas praticable, il sera bon de passer les fils à une assez grande distance de l'ulcère, après avoir même, au besoin, fait un pli à l'estomac, quand la perforation est difficilement accessible. Parfois, il pourra être indiqué de pratiquer la gastroentérostomie ou la gastrostomie au niveau de la perforation. Enfin, comme chez le malade de M. Hartmann, on devra se contenter, dans quelques cas, de pratiquer une toilette minutieuse du péritoine voisin et d'établir un barrage protecteur à la gaze, en même temps qu'un drainage avec un ou deux gros tubes de caoutchouc.

Les résultats obtenus sont les suivants : sur 50 observations que j'ai pu recueillir, 40 fois les résultats sont indiqués; j'ai relevé 12 ou 13 guérisons et 2 suivies de vingt et trente et un jours. Après deux jours, l'intervention n'a jamais été suivie de succès. Le cas de M. Hartmann est la première exception heureuse à cette règle et doit nous engager à ne jamais désespérer, même dans les conditions les plus mauvaises en apparence.

M. Routier. Il y a un an j'opérai un malade qui présentait les signes d'une obstruction intestinale aiguë. L'ouverture du ventre me fit reconnaître l'existence d'un énorme foyer de péritonite dans lequel se trouvaient des matières alimentaires mélangées au pus. Je trouvai, comme cause des lésions, une perforation au centre d'une masse cancéreuse qui obstruait le pylore. Je ne pus fermer la perforation et, d'autre part, l'état de faiblesse du malade me commandait une intervention très rapide; aussi me contentai-je de drainer. Je pensais que l'opéré succomberait le jour même; or, contre toutes mes prévisions, il survécut huit jours, et mourut non de sa péritonite qui guérissait, mais d'inanition. Ce cas nous montre une fois de plus qu'il ne faut pas craindre d'opérer, même les cas les plus désespérés.

Pyélonéphrite suppurée. — M. Routier. Je vous rapporte deux observations qui sont intéressantes au point de vue de la difficulté du diagnostic, de l'obscurité de l'étiologie et d'un point de technique opératoire.

La première a trait à un homme de trente-sept ans qui, sans raison apparente, vit se développer une tumeur abdominale médiane et maigrit rapidement. Le diagnostic porté fut celui de péritonite tuberculeuse. L'opération me démontra qu'il s'agissait d'un rein dilaté, contenant 1 litre 1/2 de pus. Je drainai la poche et les suites furent des plus simples. Mais il persista une fistule urinaire qui me décida, au bout de six mois, à pratiquer la néphrectomie abdominale. La guérison survint.

Mon second cas se rapporte à une femme soignée comme albuminurique depuis six ou sept ans et prise, dans les derniers temps, d'accidents urémiques. L'examen me permit de reconnaître une pyonéphrose pour laquelle je pratiquai, le 23 avril 1895, la néphrectomie. La guérison survint comme dans le cas précédent et l'albumine disparut. Je n'ai trouvé aucune cause à cette pyonéphrose et l'examen histologique du rein a montré qu'il ne s'agissait pas de lésions tuberculeuses.

Chez ces deux malades j'ai eu quelques dificulté à faire le pédicule. Au lieu de le lier à la soie comme d'ordinaire, j'ai eu recours à une ligature élastique comme pour l'hystérectomie abdominale à pédicule externe et je n'ai eu qu'à me louer de ce point de technique.

Luxation irréductible de la rotule. — M. Brun. Le petit malade que je présente était atteint, depuis quatre ans, d'une luxation irréductible de la rotule, d'origine traumatique. Au début, cette luxation avait revêtu les allures de la luxation habituelle, mais elle s'était promptement fixée et l'irréductibilité était devenue absolument complète. Au moment de l'entrée du malade dans mon service, la rotule reposait sur la face externe du condyle fémoral, sa face antérieure regardant en dehors, son bord interne regardant en avant. Dans les tentatives de réduction, on la sentait maintenue et solidement fixée par un trousseau fibreux épais, qui se tendait surtout dans les mouvements de flexion. Comme le fonctionnement du membre était très imparfait, je pensai qu'il y avait intérêt à intervenir. Je découvris l'articulation à l'aide d'une incision courbe, à concavité supérieure. La capsule fibreuse ainsi mise à nu, je sectionnai sa partie externe, épaissie et rétractée, et je ne pus obtenir la réduction facile et complète qu'après ouverture de l'articulation. Pour maintenir la réduction obtenue, j'excisai une partie de la capsule articulaire, en dedans de la rotule, où elle présentait, du reste, une minceur tout à fait anormale, et je suturai, à la soie, les deux lèvres de cette excision. Les suites de l'opération furent des plus simples, et aujourd'hui, huit mois après mon intervention, le résultat est absolument parfait. La rotule occupe sa situation normale et la marche s'exécute sans difficulté et sans fatigue. J'ajoute, pour être complet, qu'il y a quelques semaines, et à la suite d'un coup ayant porté sur la partie interne du genou, il se produisit une ulcération de la cicatrice, qui entraîna la formation d'un petit abcès et l'élimination du fil de soie qui m'avait servi à faire la suture. Cette élimination, du reste, n'eut, sur la fixité de la rotule, aucune conséquence fâcheuse.

M. Lucas-Championnière. J'ai eu l'occasion de traiter une luxation permanente qu'il eût été impossible de maintenir à sa place normale par l'opération de M. Brun. J'ai dû creuser une cavité dans le fémur et y loger la rotule. La guérison s'est maintenue.

M. Kirmisson. Chez une jeune fille de treize ans j'ai dû également, la libération de la rotule étant insuffisante, creuser une logette dans le fémur pour recevoir la rotule. Mon opération n'a pas été suivie de succès et il m'a fallu fixer ultérieurement la rotule au condyle interne au moyen d'un fil d'argent : dès lors, la guérison s'est maintenue.

M. Brun. Je ne crois pas qu'il soit indifférent de fixer la rotule et, d'autre part, chez mon petit malade, en creusant les condyles, je me serais exposé à léser le cartilage diaépiphysaire et par suite à avoir plus tard des troubles trophiques. D'ailleurs, la petite opération que j'ai pratiquée a été extrêmement simple et donne un excellent résultat.

Bec-de-lièvre. — M. Berger. Je présente un enfant qui était atteint de la plus grave des variétés de bec-de-lièvre, c'est-à dire de la gueule de loup. Le résultat que

m'a donné l'intervention est des plus satisfaisants et me paraît être dû à la modification que j'ai fait subir au procédé classique de restauration. J'insiste en effet sur ce point que, dans tous les becs-de-lièvre complexes, il faut détacher l'aile du nez, la recroqueviller et venir la suturer à la lèvre interne de la voûte palatine, de façon à reconstituer la narine. En débridant la joue, on arrive d'autre part à refaire la lèvre supérieure. La reconstitution de la narine, telle que je la propose, me semble être une cause de succès.

M. Jalaguier. J'ai eu recours au procédé de M. Berger chez une jeune fille qui avait déjà été opérée par Trélat. Le résultat a été excellent. F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

6 Mars (*fin*).

La rougeole à l'hôpital Trousseau en 1895. — **M. Comby.** Du 1er Janvier au 31 Décembre 1895, 715 enfants sont entrés au pavillon de la rougeole, qui, pour la première fois, était placé pendant un an sous la direction du même médecin, au lieu de changer de titulaire tous les deux mois.

La suppression de ce *roulement* ridicule qui ôtait tout intérêt au service et qui pouvait, par des changements répétés de méthode, jeter le désaccord dans le personnel auxiliaire, paraît avoir grandement profité aux malades.

Les chiffres que je vous présente sont favorables à cette thèse.

Sur 715 enfants atteints de rougeole, 103 sont morts, soit une mortalité globale de 14,4 pour 100.

Jamais, que je sache, un chiffre aussi bas n'avait été obtenu à l'hôpital.

Avant 1895, dans ce même *Hôpital Trousseau*, dans ce même pavillon d'isolement, la mortalité était la suivante :

1890	32,6	pour 100.
1891	28,6	—
1892	26,6	—
1893	25,6	—
1894	25,8	—

Aux *Enfants-Malades*, je lis, dans une leçon du professeur Grancher, les chiffres suivants :

	Mortalité.	
1884	43	pour 100.
1885	33	—
1886	48	—
1887	40	—
1888	42	—

Aux *Enfants-Assistés*, j'emprunte au Dr Sevestre la statistique que voici :

	Mortalité	
1882	45	pour 100.
1883	47	—
1884	57	—
1885	46	—
1886	42	—

Il est vrai que, par de sages mesures d'antisepsie et d'isolement, notre collègue avait pu faire fléchir la mortalité à 21,3 pour 100 dans le second semestre de 1888; mais nous sommes loin des 14 pour 100 de l'hôpital Trousseau.

J'attribue cette faible mortalité, non seulement à la suppression du roulement, mais à la multiplicité des pièces (au nombre de 9) qui ont permis d'isoler les cas compliqués ou associés, aux irrigations et lavages antiseptiques des premières voies, au renvoi précoce des enfants guéris (la rougeole n'étant pas contagieuse pendant la desquamation), à l'intervention de la sérumthérapie antidiphtérique qui a permis de sauver 13 enfants sur 15 atteints à la fois de diphtérie et de rougeole, etc.

Quant au sérum de Marmorek, il a été employé dans 5 cas de broncho-pneumonie morbilleuse; 2 enfants ont succombé, 3 ont survécu.

Ces faits, trop peu nombreux, ne permettent pas de juger le sérum antistreptoccique; mais je crois que, dans le service de mon successeur, M. Netter, M Marmorek a été beaucoup moins heureux.

Relativement à l'âge des enfants, la mortalité varie beaucoup, très forte chez les plus jeunes, très faible chez les plus âgés.

	Mortalité.	
Au-dessous d'un an	33,3	pour 100.
De 1 à 2 ans	29,5	—
De 2 à 5 ans	8,9	—
Au-dessus de 5 ans	3,8	—

Quant aux associations, voici la mortalité relative à chacune :

	Mortalité.	
Rougeole simple	1,8	pour 100.
Rougeole broncho-pneumonie	81,39	—
Rougeole coqueluche	43,47	—
Rougeole scarlatine	31,25	—
Rougeole diphtérie	13,33	—

Comme je l'ai déjà dit, la faible mortalité de la *rougeole-diphtérie* me semble imputable au sérum de Roux, qui a eu sa part dans l'amélioration de notre statistique générale.

13 Mars 1896.

Nécessité d'une revision des angines dites à streptocoques. — **MM. F. Widal et F. Bezançon.** Le diagnostic d'angine à streptocoque est un des diagnostics bactériologiques que l'on porte le plus fréquemment en clinique. C'est un de ceux qui, cependant, nous paraît le plus sujet à revision. Dans un précédent travail, nous avons déjà signalé la présence constante du streptocoque dans la bouche de quarante-neuf malades, atteints des affections les plus diverses (angines diphtériques, angines pultacées, angines phlegmoneuses, angines pseudo-membraneuses non diphtériques, ulcérations tuberculeuses de la gorge, érysipèle, scarlatine, rougeole, variole, fièvre typhoïde, pneumonie, grippe, phthisie pulmonaire, bronchite, purpura, infection puerpérale). D'autre part, la présence constamment décelée du streptocoque dans la bouche de vingt personnes saines, nous avait déjà permis d'avancer que ce microbe se trouve aussi fréquemment dans la bouche normale que le coli-bacille dans l'intestin. Des examens bactériologiques, récemment répétés, de bouches saines ou malades, nous ont toujours donné le même résultat.

Récemment, M. Lemoine[1], dans 165 cas d'angines aiguës de causes les plus diverses, a trouvé, comme nous, dans tous les cas le streptocoque. Il a montré, de plus, qu'en pratiquant la ponction de l'amygdale, suivant le procédé de M. Vaillard, on peut isoler le plus souvent à l'état de pureté ce streptocoque de la profondeur même de l'amygdale. Bourges, qui a eu le mérite d'insister un des premiers, avec Wurtz, sur la présence du streptocoque dans l'exsudat de l'angine scarlatineuse, avait déjà figuré dans sa thèse une coupe d'amygdale scarlatineuse, dont le tissu est profondément infiltré de streptocoques abondants. Ce streptocoque ne se retrouve pas, d'ailleurs, seulement dans la profondeur de l'amygdale malade; on peut le retirer également de l'amygdale de gens bien portants; chez cinq personnes saines, nous avons pratiqué la ponction de l'amygdale, suivant le procédé de M. Vaillard, et chaque fois, nous avons retiré le streptocoque.

Deux faits, que nous avons récemment observés, nous avaient déjà montré l'affinité du streptocoque pour la profondeur de l'amygdale au fond d'une crypte amygdalienne, démesurément agrandie, où s'accumule chaque jour chez certaines personnes, une masse plus ou moins considérable de smegma épithélial blanchâtre, facilement énucléable avec un stylet; nous avons pratiqué, dans deux cas, l'examen bactériologique de ce smegma et y avons trouvé une véritable purée de streptocoques. Ce streptocoque peut donc pulluler, pendant des années, dans la profondeur de l'amygdale, sans déterminer la moindre réaction inflammatoire.

Est-il possible d'établir des distinctions entre les divers streptocoques, trouvés ainsi dans la bouche saine ou malade? Existe-t-il quelque caractère permettant de reconnaître un streptocoque inoffensif d'un streptocoque producteur d'angine? En ces dernières années, un grand nombre d'expérimentateurs ont essayé d'établir une classification parmi les microcoques qui se groupent en chaînettes. Nous-mêmes avons repris cette étude, et, pour juger la valeur de tous les signes différentiels proposés, avons comparé un à un les caractères morphologiques ou biologiques de 122 échantillons de streptocoques isolés par nous; nous avons recherché si les chaînettes étaient courtes ou longues, ou agglomérées, si elles restaient colorées par la méthode Gram, si elles se développaient sur la gélatine à 20 degrés; si elles troublaient ou laissaient clair le bouillon, en formant des dépôts muqueux pelliculaires ou granuleux, si elles donnaient ou ne donnaient pas de culture apparente sur pomme de terre; si elles coagulaient ou ne coagulaient pas le lait, etc., etc.

De notre enquête, il est résulté que tous les prétendus caractères distinctifs des streptocoques de la bouche normale ou pathologique, n'ont qu'une apparence de réalité et que si l'on étudie un grand nombre d'échantillons de streptocoques de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale ou des suppurations, on retrouve entre ces mêmes microbes et souvent même dans les ensemencements successifs d'un même échantillon, des variations aussi grandes.

On voit, par exemple, l'aspect des cultures en bouillon et les dimensions de la chaînette se modifier à la suite d'un nouvel ensemencement sur un milieu en apparence identique. Le transport sur un terrain de culture différent, ou le passage par le corps de l'animal, l'âge de la culture, une différence dans la température de l'étuve, expliquent quelquefois ces variations dont souvent la cause nous échappe. Les recherches que nous avons continuées dans ce sens n'ont fait que nous confirmer dans notre opinion sur l'instabilité de ces divers caractères. Récemment encore, pour ne prendre qu'un exemple, nous isolions d'une plaque de lymphangite un streptocoque qui donnait à la surface de la gélose, de grosses colonies blanchâtres, crémeuses, ayant l'aspect des cultures du staphylocoque blanc. Ce n'était là qu'une propriété fugace. Après de nouveaux passages sur bouillon et gélose, ce microbe donna bientôt de petites colonies semblables à celles produites habituellement par le streptocoque.

Nous avons cherché, sans les trouver, les colonies blanchâtres sur pommes de terre, considérées par certains auteurs, comme un bon élément de différenciation entre les streptocoques de la bouche normale et ceux de la bouche pathologique. Ce caractère ne se rencontre donc qu'exceptionnellement et, alors même qu'on le retrouve, il ne saurait avoir la valeur diagnostique qu'on a voulu lui attribuer, comme le prouvent les observations de Bourges et de Lemoine, qui ont isolé, du pus d'un abcès pelvien ou de plaques érysipélateuses, des streptocoques donnant des colonies apparentes sur pomme de terre. Lemoine a d'ailleurs montré que cette propriété n'était que temporaire et disparaissait après quelques mois de culture. Ce même auteur a vu deux streptocoques qui, d'abord, ne prenaient pas le Gram, se colorer par cette méthode après passage sur gélose. La propriété de prendre le Gram, pas plus que les autres caractères invoqués, ne permettent donc de distinguer des espèces de streptocoques.

A la surface des tubes de sérum solidifié, le développement des colonies de streptocoques est toujours plus précaire, après vingt-quatre heures, qu'à la surface des tubes de gélose.

Nos recherches récentes qui viennent de porter sur 15 bouches normales, nous montrent que sur sérum, après un jour, tantôt les colonies de streptocoques sont déjà confluentes, tantôt à peine apparentes, sans que l'on puisse saisir la raison de ces différences. Ce critérium, pour le diagnostic des angines simples à streptocoques, ne saurait donc être toujours tiré de la quantité plus ou moins grande des colonies que l'on observe sur les tubes de sérum.

Le streptocoque se retrouve toujours en même temps que le bacille de Löffler sur les tubes ensemencés avec les fausses membranes diphtériques; le fait a été signalé, il y a longtemps déjà, par MM. Roux et Yersin. Pour le mettre facilement en évidence, après vingt-quatre heures de culture, il suffit d'ensemencer des tubes de gélose, en même temps que des tubes de sérum. Sur gélose, les colonies de streptocoques poussent abondamment. Sur sérum, elles sont plus discrètes, dans la moitié des cas (c'est du moins ce que nous avons pu observer avec M. Levrey dans 25 faits récents); elles sont nettement visibles après vingt-quatre heures, alors même qu'il s'agit de diphtérie bénigne; dans l'autre moitié, elles sont à peine visibles après un jour; mais, si l'on ensemence les points douteux sur gélose, les colonies de streptocoques se développent en grand nombre.

Dans l'état actuel de nos connaissances, la confluence très marquée des colonies de streptocoques sur tubes de sérum est la seule indication possible d'une diphtérie associée à streptocoques, comme l'a bien montré M. Martin; encore est-il que souvent la limite qui caractérise cette confluence est souvent difficile à préciser.

Reste la question de virulence. Peut-on trouver un élément de différenciation entre les divers streptocoques, en recherchant le degré de virulence présenté par eux?

Pour essayer la virulence des streptocoques, il faut avant tout s'entendre sur un terme de comparaison expérimentale: si les résultats obtenus à ce sujet par différents expérimentateurs paraissent souvent contradictoires, c'est qu'en les mettant en parallèle on a comparé des faits qui ne sont pas comparables; les uns n'envisagent que la virulence vis-à-vis de la souris, les autres vis-à-vis du cobaye, d'autres enfin vis-à-vis du lapin inoculé, soit sous la peau, soit dans la veine de l'oreille. Pour juger de la virulence des nombreux échantillons de streptocoques isolés par nous depuis plusieurs années, nous avons l'habitude d'inoculer sous la peau de l'oreille du lapin, à la dose de 1 cent. 1/2, une culture de bouillon vieille de deux à trois jours et prélevée sur le tube de gélose primitif vingt-quatre heures après l'ensemencement. Cette inoculation dans le tissu cellulaire sous-cutané permet d'apprécier la gamme de virulence présentée par les streptocoques : simple plaque d'érythème, petite suppuration localisée en cas de faible virulence, plaque d'érysipèle en cas de virulence moyenne, mort par septicémie rapide en cas de virulence excessive. Ainsi, pour prendre comme terme de comparaison les streptocoques retirés des tumeurs ou des tissus d'individus frappés de diverses infections à streptocoques, nous avons pu nous assurer à nouveau, d'après une statistique récente, que les cultures isolées des organes d'individus morts de septicémie streptococcique déterminaient le plus souvent la mort par septicémie chez le lapin à la suite de l'inoculation sous cutanée de l'oreille; les streptocoques, isolés d'une plaque érysipélateuse humaine, donnaient presque toujours un érysipèle expérimental et plus rarement une septicémie mortelle; les streptocoques de provenance puerpérale, recueillis dans le pus ou le sang dans des cas d'infection atténuée ou grave donnent en bloc cinq fois sur dix un érysipèle grave au lapin; dans les autres cas, on observe au point d'inoculation une plaque d'érythème ou un petit abcès. Enfin, les streptocoques retirés de diverses suppurations localisées et d'apparence bénigne occasionnent le plus souvent l'érysipèle expérimental.

Au contraire, les streptocoques retirés de la bouche de personnes atteintes d'angines, ou de maladies les plus diverses, ne nous ont donné l'érysipèle que par exception, dans un cas d'angine scarlatineuse.

Les streptocoques retirés de la bouche de gens atteints

1. Lemoine. — « Contribution à l'étude bactériologique des angines non diphtériques ». *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1895, p. 877.

d'érysipèle, sont doués plus souvent de virulence, alors même que l'angine fait défaut. Trois fois sur dix, ces streptocoques occasionnent une septicémie mortelle ou un érysipèle.

Par inoculation de dix-sept échantillons de streptocoques associés provenant d'angines diphtériques de gravité moyenne, nous avons obtenu une fois un érysipèle bénin, une fois une paraplégie tardive, une fois un petit abcès fluctuant; dans un cas d'angine diphtérique grave, le streptocoque détermina un érysipèle grave de l'oreille. Les streptocoques retirés de toutes ces gorges diphtériques n'avaient pas donné de colonies confluentes sur les tubes primitifs de sérum.

Enfin, les streptocoques retirés de la bouche normale n'ont jamais, dans nos expériences, donné à nos animaux ni septicémie, ni érysipèle. Ils sont cependant susceptibles d'acquérir la virulence, et nous avons montré que par passage dans le corps des animaux, avec association d'un coli-bacille virulent, ces streptocoques pouvaient acquérir la propriété de produire chez le lapin l'érysipèle ou la septicémie. Pour qu'un streptocoque exalte sa virulence, il ne suffit pas qu'il végète dans la bouche d'un malade, il faut en général qu'il pénètre l'économie. Ce que nous avons observé chez les varioleux est instructif à cet égard. Ces streptocoques isolés de leur bouche pendant la vie sont presque toujours dénués d'action pathogène, ceux retirés de leur sang et de leurs tissus, sont doués d'une grande virulence.

Ce fait que le streptocoque se retrouve toujours à la surface ou dans la profondeur de l'amygdale saine ou malade, nous montre que la présence de ce microbe sur les tubes de culture ne peut guère aider au diagnostic des angines; d'autre part, si les streptocoques isolés de la bouche des angineux ont quelquefois une certaine virulence, leur action pathogène n'est pas assez constante pour permettre d'établir rapidement, en vue du diagnostic clinique, leur distinction avec les streptocoques de la bouche normale. Ajoutons que des recherches récentes ont montré également à différents expérimentateurs, la fréquence des staphylocoques et du coli-bacille dans la bouche normale.

La bactériologie, qui nous a rendu le plus précieux des services, en nous permettant le diagnostic rapide et certain de l'angine diphtérique, ne nous autorise pas, à l'heure actuelle, à nous baser sur la présence de streptocoques pour distinguer nosographiquement les angines aiguës. En prenant cette base de classification, on risquerait de ne plus distinguer que deux variétés d'angines aiguës, les diphtériques et les non diphtériques et cette classification serait par trop simpliste. Il faut se souvenir que les infections d'une cavité ouverte constamment peuplée de germes, comme la bouche, sont plus difficiles à classer que les infections d'une cavité close normalement aseptique, comme la plèvre par exemple.

Les angines aiguës, érythémateuses ou pseudo-membraneuses, dans lesquelles on retrouve le streptocoque, ne sont donc pas suffisamment classées par la bactériologie. Sans nier le rôle que ce microbe doit souvent jouer dans leur genèse et, tout en reconnaissant son rôle capital dans leurs complications, nous avons voulu seulement montrer qu'à l'heure présente, les angines aiguës non diphtériques, doivent continuer à être classées d'après leur étiologie générale, leur aspect local et leur évolution clinique.

M. Lemoine. Dans l'intéressant mémoire de MM. Vidal et Bezançon, il convient de faire deux parts; l'une est une constatation de faits bactériologiques, et l'autre une interprétation de ces faits au point de vue de la pratique médicale et de la pathogénie de l'affection.

J'ai moi-même fait des recherches sur le même sujet et je dois dire que dans 224 cas d'angine de nature diverse, le streptocoque a toujours été présent; étant donné la diversité de ces angines et leur nombre, on peut donc dire que cet organisme existe toujours dans les angines aiguës.

Comme MM. Vidal et Bezançon, j'ai constaté aussi la présence du streptocoque dans les amygdales normales; mais sur les 14 cas dans lesquels j'ai fait cette constatation, il s'agissait 8 fois de malades convalescents d'angine. Les 6 cas restant suffisent-ils pour affirmer que le streptocoque est toujours présent dans l'amygdale normale? Cela est probable, mais on ne peut pas être plus affirmatif.

La dénomination d'angine à streptocoque n'a donc plus de signification, puisque toutes les angines aiguës sont à streptocoque. Ce terme ne peut plus surtout faire naître l'idée qu'on se trouve en face d'une affection grave, par ce seul fait que ce micro-organisme est associé à d'autres agents pathogènes.

Cependant les recherches faites tendent à démontrer que c'est le streptocoque qui joue le principal rôle dans l'étiologie des angines et que celles-ci sont sous la dépendance d'une infection d'origine salivaire. Il s'agit donc, en somme, d'une question de virulence de ce micro-organisme, mais les conditions dans lesquelles le streptocoque acquiert ou récupère sa virulence nous sont encore mal connues. Il est certain que les associations microbiennes jouent un rôle considérable.

Cas de mort subite au cours de la chlorose, par embolie pulmonaire. — M. Hayem. Je vous présente une pièce relative à un cas de mort subite, par embolie pulmonaire, au cours de la chlorose. Il s'agit d'une malade âgée de vingt et un ans, entrée dans mon service pour un cas de chlorose pure. Cette jeune fille avait présenté en 1894 une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche.

Dans son histoire clinique, il ne faut retenir que l'existence d'un souffle cardiaque variable dans son intensité et sa production, analogue tantôt à un souffle, tantôt à un frottement. A l'occasion d'une émotion violente, cette malade fut prise d'étouffement, et mourut en une minute.

A l'autopsie, on trouva l'artère pulmonaire complètement oblitérée par un caillot. Les coagula trouvés étaient de deux ordres : les uns, récents, flottants, de couleur grisâtre et friables; les anciens, adhérents, restés en place.

Le point de départ de ces coagulations siégeait dans le cœur : il consistait en un caillot en battant de cloche, siégeant dans la pointe du cœur droit, plus rapproché de la cloison, et rattaché par un mince pédicule, encroûté de sels calcaires. Ce caillot était recouvert d'une tête végétante, qui, battue par le flot sanguin, s'est détachée et est venue oblitérer l'artère pulmonaire.

Ce cas rappelle ceux qui sont décrits dans la littérature médicale sous le nom de polypes du cœur. Il appartient aux coagulations que j'ai dénommés caillots par battage.

Sur la paroi interventriculaire, on trouve, en effet, un certain nombre de petites coagulations analogues, dont la pointe s'engage dans le tissu caverneux.

Il est important de remarquer que la malade n'a jamais craché de sang. D'ailleurs les poumons sont atélectasiés et ne sont que très peu infiltrés de sang.

En somme, cette observation est intéressante au point de vue de la formation de ces caillots; il se forme probablement de l'endocardite pariétale qui végète et vient recouvrir les caillots anciens, comme on peut le voir ici. Elle indique, en outre, une affection probable de l'endocarde, avec embolie pulmonaire possible.

Exemple de souffle cardio-pulmonaire à foyers multiples simulant un rétrécissement mitral avec insuffisance et surtout une insuffisance aortique. — M. Huchard. J'ai observé récemment une malade atteinte de néphrite interstitielle avec hypertrophie du ventricule gauche, chez laquelle le diagnostic de rétrécissement et d'insuffisance mitrale et surtout d'insuffisance aortique avaient été porté par moi et par tous mes collègues qui avait vu cette femme. Le diagnostic d'insuffisance aortique paraissait surtout indiscutable en raison de l'intensité très grande du souffle diastolique de la base et des symptômes concomittants : battements artériels du cou, dureté du pouls radial, hypertrophie du ventricule gauche, etc., tous symptômes relevant de l'affection rénale.

Cette femme de trente ans, au sujet de laquelle le diagnostic d'insuffisance aortique avait été porté antérieurement dans d'autres services hospitaliers, vint à mourir rapidement d'une hémorrhagie cérébrale, et, à l'autopsie, on ne trouva aucune lésion de l'orifice mitral (ce dont on se doutait puisque, pendant la vie, on avait constaté un bruit de galop présystolique qui pouvait en imposer pour un roulement diastolique de rétrécissement mitral), mais aucune altération des sigmoïdes de l'aorte, trouvées absolument suffisantes.

Il s'agissait donc ici de bruits extra-cardiaques, mieux appelés « cardio-pulmonaires » par M. Potain, et comme il n'existe que quelques cas semblables de souffles cardio-pulmonaires diastoliques avec autopsie, cette observation est intéressante en raison des difficultés de diagnostic qu'elle a présentés.

Erythème infectieux dans la fièvre typhoïde. — M. Galliard. Un homme de trente ans, soigné dans mon service à l'hôpital Tenon pour une fièvre typhoïde ataxo-adynamique, a présenté, à partir du 10e jour, une belle éruption de taches rosées lenticulaires. Il a eu des hémorrhagies intestinales du 15e au 20e jour. Le 22e jour, j'ai constaté un piqueté rougeâtre aux poignets, au pli des coudes, aux malléoles externes, aux creux poplités. Le 23e jour, les macules étaient nombreuses, larges, souvent confluentes dans ces régions; on en trouvait aussi aux aines, à l'abdomen, au thorax; les placards étaient symétriques. L'érythème ne fut visible que pendant trois jours. On ne put l'attribuer à aucun médicament; le malade ayant été traité seulement par les bains froids et n'ayant pris que deux ou trois doses de quinine au début. Vomissements, albuminurie, délire, adynamie, mort le 38e jour. Pas d'autopsie. E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

13 Mars 1896.

Anomalies musculaires. — M. Auvray présente plusieurs cas d'anomalies anatomiques relatives :

1° Au muscle surnuméraire de la courbe profonde de la région postérieure de la jambe (muscle péronéo-calcanéen interne de Macalister);

2° Aux muscles long fléchisseur propre du gros orteil, fléchisseur commun des orteils et lombricaux dans la région de la plante du pied;

3° A un faisceau surnuméraire intermédiaire aux deux obliques de l'abdomen, analogue aux cas cités par Gunz et Gruber;

4° A une anomalie du muscle deltoïde;

5° A une anomalie de l'insertion ischiatique du grand fessier;

6° A un simple péronier latéral surnuméraire;

7° A l'anastomose du musculo-cutané et du médian;

8° Au nerf sciatique.

Double uretère prostatique hydronéphrosé coïncidant avec deux uretères sains s'abouchant dans la vessie. — M. R. Meslay et Victor Veau présentent les pièces d'un malade mort dans le service de M. Widal d'hémorragie cérébrale et chez qui on trouva une double hydronéphrose causée par l'abouchement bilatéral des urétères dans la prostate. Il existait aussi deux uretères sains normaux se terminant dans la vessie. Il n'y avait que deux reins; à leur partie supérieure atrophiée, ils sont en rapport avec la poche de l'hydronéphrose; leur partie inférieure est normale, elle déversait son urine dans l'uretère sain.

Ectromélie du pouce et du premier métacarpien. — MM. L. Picqué et U. Poix présentent la dissection d'un pouce flottant appartenant à une malade, qui présentait une ectromélie du pouce et du premier métacarpien avec persistance du radius. Ce pouce était rattaché à la main par un petit pédicule cutané, de la grosseur d'une plume d'oie; son squelette est constitué par deux phalangettes rudimentaires, réunies par une articulation trochléenne. Le premier métacarpien était absent; le radius, au contraire, occupait la situation normale, au lieu de manquer, ce qui est la règle dans ces cas d'ectromélie longitudinales.

Hernie inguinale droite étranglée. Sphacèle de l'appendice iléo-cæcal et d'une anse d'intestin grêle. Invagination totale de l'anse malade et résection de l'appendice. — M. Aimé Guinard. Jérom Jules, cinquante-huit ans, n° 2, salle Nélaton entré le 4 Mars 1896, présente depuis quatre jours les symptômes de l'étranglement herniaire sur lesquels je n'insiste pas. Une fois le sac ouvert, on s'aperçoit qu'il contient l'appendice cæcal extraordinairement long et sphacélé sur une étendue de 12 centimètres. Une anse grêle étranglée présente un segment gangréné dans sa totalité sur une longueur de 3 centimètres. Je pratique l'invagination totale de l'anse herniée dans le bout inférieur suivant mon procédé décrit au dernier Congrès de chirurgie et dans la thèse de mon élève M. Gröll. Puis, après avoir réséqué l'appendice au thermocautère sous une ligature à la soie, je réduis le tout dans la cavité abdominale que je draine, en raison des phénomènes de péritonite généralisée qui existent déjà. Malheureusement malgré des injections répétées de sérum sous la peau, les accidents infectieux, très prononcés déjà avant l'opération, ont continué, et l'opéré a succombé trente-six heures après l'intervention. Je présente ici l'intestin traité par mon procédé. On peut voir que la lésion siège à 20 centimètres du cæcum, sur la terminaison de l'iléon. La suture est parfaite et toutes les parties malades sont absolument isolées à l'intérieur du canal intestinal. Il est facile de constater que le cylindre invaginé n'obstrue pas l'intestin : on fait circuler à volonté l'air et les liquides au travers de l'anse invaginée; mais, on remarque très nettement que la circulation intestinale ne peut se faire en sens inverse, car le cylindre malade fait valvule. Cela montre bien l'importance qu'il y a dans mon opération à invaginer l'anse malade dans le bout inférieur qu'on distingue du bout supérieur en raison de la dilatation de ce dernier : le bout inférieur, au contraire, situé au-dessous de l'étranglement est absolument vide et rétracté. C'est la première fois que j'ai l'occasion de faire l'autopsie d'un malade ayant subi cette opération; aussi, était-il intéressant de constater de visu l'état des parties. Cet examen ne peut que confirmer ce que j'ai déjà écrit que mon opération est à la fois simple et efficace pour rétablir le cours des matières.

Embolie du tronc artériel brachiocéphalique. — M. Chauvel présente le cœur d'un homme mort à l'hôpital Necker, le 11 Mars 1896, à l'âge de soixante-deux ans, dans le service de M. Routier.

Il avait subi la lithothritie le 4 Mars et allait très bien. Le 10 Mars on le leva sur un fauteuil. Il eut aussitôt une syncope; une saignée fut faite immédiatement. Il se ranima, parla, mais on constata aussitôt une hémiplégie gauche. De plus, les battements artériels n'existaient plus dans la sous-clavière ni la carotide droite. Coma et mort le 11 Mars. Vingt-quatre heures après, embolie. A l'autopsie, cœur volumineux, en dégénérescence graisseuse. L'embolie, à cheval sur l'éperon, sépare la carotide primitive gauche de la sous-clavière et se prolonge dans ces vaisseaux. Anémie très nette de l'hémisphère cérébral droit.

Leucoplasie buccale. Transformation cancéreuse. — MM. Pillet et Riche montrent des préparations de leucoplasie buccale. Il s'agissait d'un individu de soixante-douze ans qui présentait cette altération depuis un certain temps. On fit l'ablation très largement. Au niveau des crevasses, il y a une infiltration embryonnaire du derme, et, au-dessus, on a l'apparence d'un papillôme caractéristique. La récidive se fit, et la langue présenta ensuite identiquement le même aspect qu'avant l'opération.

R. MARIE

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

11 Mars 1896.

Albuminurie et urémie à la suite d'une application de vésicatoire. — **M. Huchard.** Il s'agit d'une jeune femme de dix-huit ans, admise à l'hôpital Necker pour un embarras gastrique compliqué de crises gastralgiques excessivement douloureuses, qu'on essaya de combattre au moyen d'un vésicatoire appliqué pendant douze heures sur la région épigastrique. Cinq jours plus tard, la malade présentait une bouffissure très marquée de toute la face; bientôt elle fut prise de céphalalgie et de troubles de la vue, phénomènes accompagnés de dyspnée, de vomissements et d'une grande surexcitation nerveuse. L'examen des urines, qui d'ailleurs étaient peu abondantes, décela la présence d'une énorme quantité d'albumine; il convient de faire remarquer que celle-ci faisait complètement défaut lors de l'entrée de la malade dans le service et avant l'application du vésicatoire. Dans ces conditions, le diagnostic d'urémie et de néphrite cantharidienne s'imposait formellement. Un traitement énergique fut aussitôt institué dans le but de combattre l'obstruction rénale : drastiques, saignée, ventouses scarifiées, théobromine, lavages de l'intestin; fort heureusement les accidents finirent par rétrocéder, puis, par disparaître complètement. Néanmoins, la malade fut tenue en observation encore pendant deux mois, mais l'albuminurie ne se manifesta plus.

M. Huchard saisit cette occasion pour faire le procès du vésicatoire et de la vésication cantharidienne; à son avis, ces procédés thérapeutiques sont non seulement complètement inefficaces, mais encore capables de susciter les désordres les plus graves; il souhaite ardemment de les voir tomber dans un oubli mérité.

M. Ferrand estime que la condamnation est beaucoup trop absolue. Le vésicatoire peut rendre de grands services à la condition d'être employé avec discernement. Lui-même y a souvent recours et, plus d'une fois, il a eu lieu de s'en féliciter. Il est évident que la vésication cantharidienne est contre-indiquée toutes les fois que l'intégrité de l'émonctoire rénal paraît compromise, pendant la phase initiale des maladies infectieuses aiguës, chez les individus dont le système artériel est plus ou moins touché, et, à plus forte raison, quand on a lieu de soupçonner l'existence d'une néphrite à l'état latent. Mais, sauf ces exceptions, le vésicatoire comporte une foule d'indications et rend des services réels.

M. Bardet : il y a une distinction essentielle à établir entre le vésicatoire cantharidien et la vésication en général : celle-ci peut être d'une utilité incontestable, tandis que le vésicatoire ordinaire est un agent thérapeutique infidèle, dangereux et dont l'inefficacité n'est plus à démontrer.

M. Créquy pense, au contraire, que le vésicatoire est et restera un précieux moyen de révulsion; même en chirurgie, il est capable d'exercer une influence des moins contestables; tout le monde a eu l'occasion d'observer son action sur les épanchements séreux tels que l'hygroma, l'hydarthrose, etc.; tout dépend de la manière de s'en servir et de la durée de son application; c'est surtout chez les enfants qu'il faut se montrer circonspect à son égard.

M. Vigier recommande les vésicatoires à la cantharidine; ils agissent au bout de quatre à six heures et n'ont jamais donné lieu à des accidents, du moins à sa connaissance.

M. de Crésantignes se déclare un adversaire résolu de la vésication cantharidienne, et cite à l'appui de sa manière de voir deux cas de mort imputables à cette médication.

M. Mathieu proscrit aussi l'usage du vésicatoire; outre son action néfaste sur le filtre rénal, il lui reproche de produire une plaie susceptible de servir de porte d'entrée à une foule d'inoculations microbiennes. Quant à son action sur les pneumonies et broncho-pneumonies, elle est tout à fait illusoire; on ferait bien de lui préférer les enveloppements froids; on pourrait en dire autant de la pleurésie, dont l'évolution n'a jamais été entravée par l'application d'un vésicatoire. En somme, cette médication doit être totalement abandonnée.

M. Capitan pense comme M. Mathieu : dans l'immense majorité des cas, le vésicatoire est un agent thérapeutique dont il faut se méfier; il lui reconnaît cependant une action efficace contre les vomissements incoercibles et contre les crises douloureuses des salpingites.

J. Barozzi.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

12 Mars 1896.

Deuxième note sur une dermatite suppurative à poussées successives. — **MM. Hallopeau et Prieur.** Cette dermatose constamment caractérisée par des soulèvements d'emblée purulents et se trouvant ainsi nettement différenciée des dermatites herpétiformes et autres pemphigus a continué à être remarquable par la singularité de ses formes éruptives simulant tantôt différents signes de l'alphabet, tantôt des étoffes finement plissées. Elle a envahi progressivement toute la surface tégumentaire ainsi que la muqueuse des premières voies; elle a fini par entraîner la mort, soit que la malade n'ait pu résister à l'énorme abondance de la suppuration et à la persistance de la fièvre, soit que la résorption secondaire du pus excrété et envahi secondairement par les microbes septiques ait déterminé une intoxication; le trouble généralisé et persistant dans les fonctions de la peau a pu également contribuer à hâter la terminaison fatale.

Leucoplasie et cancer. — **M. Barthélemy.** Au sujet de la leucoplasie, M. Barthélemy fait mention d'un cas soigné par Bazin, il y a vingt-six ans. C'était une leucoplasie arthritique qui n'avait été traitée que par les alcalins. Le malade a actuellement un cancer gastro-hépatique; est-ce une coïncidence?

Il existe aussi des coïncidences de psoriasis lingual et cutané avec le cancer de l'intestin. Le cancer peut-il terminer le psoriasis?

M. Feulard. Le cancer est l'aboutissant de l'arthritisme et le psoriasis se voit chez les arthritiques.

M. Barthélemy. Dans le cas dont je parle l'épithélioma s'est développé dans des organes lointains.

M. Besnier. Il n'y a pas de rapport statistique suffisant pour affirmer la coïncidence. Il est vraisemblable que tous les deux ont la même influence.

M. Barthélemy. La leucoplasie ne peut-elle pas gagner le tube digestif?

M. Besnier. Cela est possible et serait remarquable.

Deux cas de tuberculose cutanée gommeuse généralisée. — **M. Feulard.** Le premier cas est relatif à un enfant d'une huitaine d'années, qui, à la suite de la rougeole, a fait des accidents suppuratifs cutanés multiples. Ces accidents ont pris la forme de gommes. Actuellement, le malade présente des lésions qui, par place, ont un aspect syphiloïde et qui, en d'autres points, simulent le lupus. Il existe en outre des éléments multiples disséminés sur le corps et prenant l'aspect de papules ou papulo-tubercules.

Le deuxième cas est un enfant de cinq ans et demi qui, après une varicelle, a fait des gommes scrofulo-tuberculeuses. L'étiologie de cette tuberculose est curieuse. Le père de l'enfant était tuberculeux, couchait dans la même chambre et ne se faisait pas faute de cracher. Il semble que les bacilles de Koch aient produit au niveau de chaque élément varicelleux une gomme tuberculeuse. Un autre enfant est mort de méningite tuberculeuse.

M. Hallopeau. Le premier enfant présente une lésion, une forme de tuberculose que j'étudie en ce moment; c'est la tuberculose cutanée à forme de papule.

M. du Castel. J'ai vu déjà la tuberculose diffuse généralisée après la rougeole.

M. Hallopeau. Ces cas sont très utiles pour la discussion de la tuberculose cutanée.

Syphilide ulcéreuse chancriforme de la verge et réinfection. — **M. Du Castel.** Le malade en question présente, de chaque côté du frein, une ulcération qui a été au début recouverte d'une croûte, qui est dure et s'accompagne de pléiade ganglionnaire. Il est difficile de dire ici qu'il s'agit d'un chancre. Avant d'admettre une réinfection possible, il faut s'entourer de toutes les garanties, d'autant que mon malade a été soigné par M. Fournier pour un chancre syphilitique. J'ai vu un cas analogue chez un malade que Puech avait soigné, il y a vingt-cinq ans, pour la syphilis et qui présentait vingt-cinq ans après une ulcération simulant un chancre induré.

M. Fournier. Je crois ici à une ulcération chancriforme; il faut ne pas donner de mercure et attendre l'apparition des accidents secondaires.

M. Jullien. Ce n'est pas un cas où se pose le diagnostic de réinfection. Les cas inverses sont plus intéressants, c'est-à-dire quand le malade a une roséole quelques années après avoir eu un chancre.

M. Besnier. Le diagnostic de ces cas peut se faire par le traitement. Donnez de l'iodure de potassium à haute dose; s'il s'agit d'une gomme la guérison sera rapide. Je n'ai jamais vu des cas de réinfection syphilitique depuis que je suis à Saint-Louis. On ne peut se baser pour établir la réinfection sur une roséole qui peut survenir pour toutes espèces de raisons.

M. Beaudoin. Un malade de la ville, diagnostiqué syphilitique par M. Fournier, présenta une lésion ayant tous les caractères d'un chancre syphilitique, on pensa à une réinfection.

M. Fournier. Il est difficile dans certains cas de ne pas se tromper; pour ma part j'ai diagnostiqué chancre syphilitique des lésions qui n'en étaient pas. J'ai cherché en vain la réinfection, jamais je ne l'ai trouvée.

Tuberculose verruqueuse et ulcéreuse des doigts. — **M. Du Castel.** Il s'agit d'un malade qui présente en même temps qu'une ulcération tuberculeuse anale, une tuberculose végétante d'un doigt et, au niveau d'une articulation carpo-phalangienne de la main droite, une ulcération ovalaire, des dimensions d'une pièce de 50 centimes. Ce malade est sellier et traumatise ses doigts à chaque instant.

M. Fournier. A-t-il pris de l'arsenic?

M. Du Castel. Je ne crois pas, l'enquête n'ayant pas encore été complète.

Lupus érythémateux de la face, des oreilles et de la face dorsale des doigts. — **M. Gastou.** Il s'agit d'un cas de lupus érythémateux type. Aux mains, des lésions simulent l'érythème pernio. A la face, le lupus persiste toute l'année, tandis que sur les doigts il n'apparaît qu'en hiver.

M. Besnier. C'est un cas type de lupus érythémateux à faire mouler.

Zona ophtalmique. — **M. Danlos** présente un malade atteint d'un zona ophtalmique ayant offert, pendant plusieurs jours, une étroite analogie avec un érysipèle bénin de la face. Les signes faisant songer à l'érysipèle étaient :

1° Une adénopathie rétro-auriculaire douloureuse à la pression.

2° Une grande irrégularité dans la forme et les dimensions des vésicules, qui n'étaient ni disposées sur le trajet des branches nerveuses, ni groupées comme dans le zona ordinaire.

3° Un gonflement considérable de la *moitié droite de la face*, et du cuir chevelu, avec extension de la région opthalmique *gauche*.

L'étude des symptômes généraux, la nature des douleurs, l'examen du bord marginal, ne fournissaient aucun renseignement caractéristique. En faveur du diagnostic zona, on notait que :

1° La région vésiculaire était strictement limitée par la ligne médiane du front.

2° La vésiculation s'étendant à toute la zone érythémateuse était hors de proportion avec la rougeur.

3° Certaines vésicules reposaient sur une base ecchymotique bien visible par transparence.

4° La moitié droite de la langue était légèrement sensible et montrait une turgescence légère des papilles fungiformes, indice d'une participation légère de la branche inférieure du trijumeau.

5° Enfin et surtout la zone vésiculeuse était parsemée de points d'anesthésie, et la piqûre d'une épingle était à peine sentie.

M. Barthélemy fait remarquer au sujet de ce malade, atteint de zona, que l'adénopathie précoce est plus fréquente dans le zona que dans l'érysipèle.

Syphilis infantile. — **M. Danlos** présente un enfant de quinze ans syphilisé par l'allaitement à l'âge de douze mois. La syphilis, restée latente pendant douze ans, semble n'avoir causé dans cette période qu'un arrêt général de développement. Depuis trois ans, mutilations profondes de la face et de la gorge, par des lésions spécifiques dont la nature a été méconnue (traitement par l'huile de foie de morue). Le traitement spécifique administré à l'hôpital a produit en trois semaines, notamment sur l'œil, une transformation prodigieuse, mais qui restera malheureusement insuffisante. L'auteur a cherché inutilement une explication satisfaisante de la malignité de cette syphilis et de l'explosion des lésions après une période latente de douze ans.

M. Hallopeau, relativement au malade atteint de syphilis mutilante, a vu un cas analogue où l'autoplastie a guéri un ectropion.

M. Besnier. Il faut diviser les cas de syphilis mutilante en deux catégories. Ceux où le traitement mercuriel amène la guérison. Ceux qui sont rebelles à tout traitement et entraînent la mort, c'est la syphilis mutilante maligne.

M. Fournier. Cette observation est des plus importantes, elle montre bien l'influence dystrophique de la syphilis infantile acquise, qui réalise l'infantilisme au même titre que la syphilis héréditaire. Cette syphilis acquise peut produire les mêmes stigmates que la syphilis héréditaire. J'ai une observation analogue à celle de M. Danlos; l'infantilisme dans mon cas est des plus marqués.

M. du Castel. Ce malade a du être infecté de bonne heure, si on en juge par les déformations nasales et dentaires.

Sur un pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme. — **MM. Hallopeau et André Jousset.** Un malade a présenté successivement les signes de ces deux dermatoses; cette transformation peut s'expliquer soit par un changement dans le mode de réaction du sujet, soit par une modification dans la quantité ou la qualité des toxines pathogénétiques; le pemphigus foliacé peut présenter, dans son évolution, des alternatives notables d'aggravation et de rémission.

M. Besnier. Je ne puis admettre les deux diagnostics à la fois. Je rejette celui de maladie de Duhring.

M. Hallopeau. Je ne crois pas qu'on puisse nier les relations des deux maladies, d'autant qu'autrefois la dermatite de Duhring était rapprochée du pemphigus vulgaire.

M. Tenneson. Si on accepte l'opinion de M. Hallopeau de la transformation de la dermatite de Duhring en pemphigus, on retourne à la confusion.

M. Hallopeau. Je crois les deux maladies dues à une intoxication voisine.

M. Barthélemy appuie l'opinion de M. Hallopeau, car les malades bulleuses sont des toxidermies.

M. Tenneson. La toxine est une hypothèse, c'est l'évolution clinique qu'il faut considérer. Cet homme a un pemphigus foliacé.

M. Besnier. La question des toxines est vague. Confondre la dermatite et le pemphigus, c'est revenir aux errements relatifs aux eczématisations.

De quelle toxine s'agit-il? Il faudrait des faits; la lésion ne fait pas la maladie. Les affections sont des individus et la maladie de Duhring n'est pas le pemphygus foliacé.

M. Barthélemy insiste sur la notion des toxicodermies.

M. Hallopeau rappelle les éruptions bulleuses de la tuberculose dues à des alcaloïdes.

M. Besnier. Si on crée la classe des toxicodermies, si celles-ci sont démontrées, la maladie redevient une simple lésion.

Sur un érythème bulleux suraigu du dos des mains. — MM. Hallopeau et André Jousset. Le malade, diabétique, présente sur le dos des mains une éruption érythémateuse et purulente dont la disposition rappelle exactement celle d'une paire de mitaines; son caractère d'acuité contraste avec la bénignité d'une éruption érythémateuse survenue concurremment dans la région cervicale; il ne s'agit pas de diabétides; il faut attribuer seulement à l'influence glycosurique un léger sphacèle linéaire limitant en haut l'éruption des mains. Si, comme il est très vraisemblable, cette éruption est due à l'action de toxines, on ne s'explique pas comment ces agents donnent lieu simultanément à des manifestations si torpides du côté du cou et si aiguës du côté des mains, pas plus que l'on ne s'explique la reproduction constante *in situ* des éruptions provoquées par l'antipyrine et l'iodure de potassium.

Sur un syphilome secondaire en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique. — MM. Hallopeau et G. Bureau. Ce syphilome, affection des plus rares, amène une alopécie tout à fait distincte de l'alopécie en clairière que l'on observe souvent dans la syphilis secondaire; le cuir chevelu présente dans presque toute son étendue une coloration érythémateuse avec production de squames relativement larges et épaisses; l'alopécie consécutive est diffusée dans la totalité de la région; les cheveux peu abondants qui persistent sont grêles et atrophiés; ces altérations donnent l'idée d'un eczéma séborrhéique grave et invétéré; ce qui indique la nature syphilitique de cette éruption, c'est la présence à son pourtour de plaques muqueuses cutanées nombreuses et caractéristiques.

M. Fournier. J'ai appelé cette variété, syphilide pytiriasiforme du cuir chevelu.

Dermatite herpétiforme. — MM. Fournier et Canuet présentent une malade du service. C'est une femme de trente ans atteinte de dermatite herpétiforme qui récidive au cours d'une 8e grossesse. L'éruption s'est montrée au deuxième mois de la grossesse, présentant, comme c'est la règle, le plus grand polymorphisme. Des 7 grossesses antérieures, les 4 premières évoluent sans manifestations cutanées : au cours des 5e, 6e, 7e grossesses, l'affection se montre variable d'intensité. L'observation actuelle constitue la 4e récidive chez cette malade.

M. Tennesson. Au sujet de la malade atteinte d'herpès gestationnis je demanderai s'il y a de l'hypoazoturie.

M. Canuet. L'analyse n'est pas encore complète.

M. Hallopeau. Cette azoturie se rencontre également dans le pemphygus.

M. Tennesson. Dans le cas de MM. Fournier et Canuet la suppuration est secondaire.

M. Besnier. Au sujet des diverses dénominations données à la maladie de Duhring, il faudrait discuter sur chaque mot. J'ai vu des cas d'herpès gestationnis ne se montrer qu'en dehors des grossesses. Il y aurait lieu de reprendre tout le travail, tant au point de vue hématologique que chimique.

Sur un cas de paraplégie syphilitique. — M. Fournier. Il s'agit d'un cas pur de ce que j'ai proposé d'appeler syphilose médullaire spasmodique. Cette maladie se caractérise par les quatre signes suivants : 1° impotence musculaire des membres inférieurs; 2° exaltation des réflexes rotuliens; 3° trépidation épileptoïde; 4° troubles recto-vésicaux, qui se traduisent par un besoin pressant d'uriner.

Quand le malade marche, il est obligé à chaque pas de vaincre une résistance. Il existe une véritable raideur musculaire avec puissance musculaire intacte. Charcot avait déjà signalé cette maladie sous le nom de myélite transverse, de paraplégie spasmodique. Erb l'a décrite depuis.

Le spasme musculaire empêche les mouvements, c'est ce qui en fait une myélopathie spasmodique. Elle est quelquefois précoce, survenant quatorze mois après le début de la syphilis. Je la crois d'un mauvais pronostic, quoique Erb ait prétendu l'avoir vu guérir. Ce malade est traité énergiquement. En résumé, je crois que la forme la plus fréquente de myélite syphilitique est le type spasmodique.

Chancres extra-génitaux. — M. Yahoubian et Fournier. M. Fournier communique un travail de M. Yahoubian, de Constantinople. Ce travail est divisé en trois parties : 1° cause de la fréquence des chancres extra-génitaux à Constantinople; 2° épidémies de chancres de l'espace intersourcilier; 3° étude de l'évolution clinique des syphilis consécutives.

La deuxième partie est très curieuse. M. Yahoubian a vu que les chancres frontaux étaient le résultat d'une pratique thérapeutique. Il existe une secte religieuse qui guérit la jaunisse par des léchages de l'espace intersourcilier, suivies de scarifications et d'un nouveau léchage. L'opérateur s'appelle : moine coupeur de jaunisse. Les syphilis contractées à Constantinople ne sont graves que par manque de soin et l'auteur conclut à l'équivalence des chancres génitaux et extra-génitaux au point de vue de la gravité de la syphilis consécutive.

Applications des greffes dermo-épidermiques. — M. E. Terrien. Je viens au nom de M. Tenneson et au mien, vous présenter quelques malades traités par la méthode des greffes, et qui tous ont retiré de son application des bénéfices réels et rapides, tant dans le cas d'ulcère de jambe que dans celui de lupus tuberculeux.

Ulcère de jambe. — Observation : Mathieu S..., ulcère remontant à vingt ans, ayant persisté malgré les différents traitements employés. Application de greffes à grands lambeaux suivant le procédé de Tiersch. Guérison.

Deuxième observation : Noël R..., greffé deux fois en trois ans (procédé de Reverdin). Guérison.

Troisième observation : Veuve B..., vaste ulcère à chaque jambe; greffes (procédé de Reverdin). Guérison.

Dans le cours de cette année, où j'ai eu l'honneur d'être l'interne de M. Tenneson, bien d'autres malades atteints d'ulcère de jambe ont été traités par cette méthode, deux cas seulement ont été suivis d'insuccès, et cela sans qu'on puisse en soupçonner la cause, et quel que fût le procédé employé.

Lupus tuberculeux. — Mais l'ulcère de jambe n'est pas la seule affection à laquelle ce traitement puisse être appliqué; le lupus tuberculeux, est, dans certains cas, justiciable de la même méthode. En voici quelques exemples :

Première observation : Fernand Th..., dix-neuf ans; deux placards de lupus au bras et à la cuisse; caustique, greffes. Guérison.

Deuxième observation : Berthe B..., seize ans; un placard de lupus à la joue droite; caustique, greffes. Guérison.

Dans le cas de lupus tuberculeux, il faudra donc : 1° détruire les tissus malades et obtenir une ulcération simple; 2° greffer la surface ainsi cruentée.

La *destruction* du lupus pourra être obtenue de plusieurs manières : c'est ainsi que l'on pourra employer la curette tranchante, ainsi et mieux encore qu'on pourra se servir des caustiques.

C'est le procédé que M. Tenneson a maintes fois employé avec succès dans son service ; au bout de dix ou quinze jours, suivant les cas, l'escharre déterminée par le caustique se détache; la place occupée par le lupus est transformée en une plaie vive qui va se cicatriser vite et spontanément.

Il est préférable cependant de ne pas attendre ce résultat; les *greffes* formeront le complément de cette opération, et cela pour plusieurs raisons :

1° La cicatrisation sera plus rapide et obtenue, dans la majorité des cas, en moins de dix ou quinze jours.

2° On évitera les rétractions cicatricielles qui représentent un des plus sérieux inconvénients du traitement du lupus par les caustiques, puisqu'appliqués à la face ils peuvent être la cause d'ectropion ou de déviation de la commissure labiale.

3° On aura substitué ainsi de l'épiderme sain à l'ancien tissu lupique.

Résultats. — Pendant les premières semaines, la région greffée reste un peu irrégulière et inégale, de surface raboteuse. Mais, bientôt, l'aspect se modifie et les tissus s'assouplissent en se régularisant.

La guérison ainsi obtenue est-elle définitive?

Pas plus que d'autres, sans doute, ce traitement ne mettra à l'abri de toute récidive; il a du moins le mérite de donner des résultats rapides; et si un jour des nodules lupiques reparaissent au sein même de l'épiderme greffé, ils le feront isolément, et rien ne sera plus facile que de les détruire avec l'aiguille du galvano-cautère.

M. Hallopeau. Pour que la greffe puisse prendre, il est nécessaire que l'ulcère présente des bourgeons charnus.

M. Besnier. La présentation de M. Terrien est des plus importantes. Je voudrais savoir si les points où les greffes ont été prises ne deviennent pas chéloïdiens. Il y a des précautions à prendre, eu égard au point où sont prélevées les greffes. J'ai vu un cas où des greffes faites pour des bulles hystériques ont donné des lésions identiques là où on avait pris la peau. Il y aurait intérêt à voir les malades avant et après la greffe.

M. Fournier. J'ai vu des pigmentations persistantes et désagréables à l'œil persister après les greffes.

Chimisme gastrique des syphilitiques traités. — MM. Gastou et Babon. Dans son *Traitement de la syphilis*, M. le Pr Fournier dit que le traitement mercuriel administré par la voie gastrique, et quelquefois même par la voie cutanée, produit souvent des douleurs gastriques intenses, quelquefois de l'inappétence, ou bien est dans certains cas intolérable.

M. Babon, élève de M. Hayem, a entrepris dans le service de M. le professeur Fournier des recherches sur le chimisme gastrique des syphilitiques traités. Ces recherches comprennent trois séries : 1° chimisme des malades soumis à l'ingestion; 2° chimisme des malades injectés; 3° étude du chimisme avant et après le traitement.

Je ne vous parlerai que des résultats obtenus pour la première série. Sur 8 malades, M. Babon a constaté : 1 fois l'hyperpepsie, 6 fois l'hypopepsie et 1 fois l'apepsie complète. L'examen chimique et l'évolution clinique montrent qu'il s'agit d'une variété de gastrite appelée gastrite muqueuse. Les syphilitiques atteints de cette gastrite étaient surtout des femmes ayant des troubles utérins, des chlorotiques, des hommes alcooliques. La plupart avaient absorbé des quantités considérables de mercure.

La conclusion pratique de ce travail est que, chez les syphilitiques, pour éviter la production d'une gastropathie médicamenteuse, il faut d'une part s'inquiéter de l'état gastrique antérieur des syphilitiques, et, d'autre part, cet état gastrique étant reconnu, les traiter de préférence par le mercure en injections et par l'iodure en lavements.

Dr Gastou.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

9 Mars 1896.

Traumatismes de l'œil et de ses annexes. — M. Valude lit un rapport sur un mémoire de **M. Baudry** (d'Angers) Ce travail se compose de deux parties. Dans la première, on trouve un exposé très consciencieux de toutes les variétés de traumatismes oculaires avec leurs complications. L'auteur examine surtout la question des corps étrangers. A ce propos, M. Valude cite le fait personnel d'un enfant qui lui fut présenté comme atteint d'ophtalmie purulente, alors qu'il offrait dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, un corps étranger long de 12 millimètres, large de 6, qui avait passé inaperçu.

La seconde partie du mémoire est consacrée à la simulation et aux moyens de la découvrir. La question de l'exagération des troubles visuels y est aussi soulevée mais incomplètement traitée.

M. Baudry termine son intéressant travail par un exposé technique de la marche à suivre pour le médecin chargé d'une expertise médico-légale.

Simulation d'amblyopie double. — M. de Beauvais rapporte un cas fort curieux observé chez un détenu de Mazas qui prétendait avoir été *aveuglé par un éclair* dont la lueur était parvenue jusqu'à lui à travers le vasistas de sa cellule. Cet individu fut d'abord soumis à l'examen de M. Trousseau qui, après les plus minutieuses investigations ophtalmoscopiques, acquit à peu près la conviction que ce détenu était un simulateur. En effet, l'aspect extérieur des globes oculaires et de leurs annexes ne dénotait absolument rien d'anormal; il n'y avait pas de paralysies musculaires; les pupilles, plutôt rétrécies, réagissaient normalement; la sensibilité de la cornée était intacte; quant au fond de l'œil, l'examen à l'ophtalmoscope ne permettait d'y découvrir aucune lésion capable d'expliquer la perte de la vue.

Le prétendu malade fut soumis à un traitement énergique (vésicatoire à la nuque, frictions aux régions temporales, bromure, strychnine), mais sans le moindre succès. Le malade paraissait en proie au plus profond désespoir. M. le Dr Dehenne, consulté après M. Trousseau, confirma de tout point les résultats de l'examen ophtalmoscopique pratiqué par ce dernier; pour lui aussi, il s'agissait très probablement d'un simulateur, et à l'appui de cette manière de voir, il cita l'exemple d'un individu se disant aveugle et qui, plutôt que d'avouer sa supercherie, avait préféré se laisser tomber dans une rivière sur les bords de laquelle on l'avait exposé.

Malgré de longues et patientes recherches, il a été impossible à M. de Beauvais de découvrir dans la science un seul fait de ce genre empreint d'une authenticité bien rigoureuse : on peut donc affirmer que l'action de l'éclair sur la vue est une légende populaire. L'auteur se propose d'ailleurs de se livrer à un complément d'enquête sur cet individu actuellement libéré et de retour dans son pays, mais qui, jusqu'au dernier jour de sa détention, n'avait cessé de protester de la réalité de son malheur.

M. Valude pense qu'il s'agit là d'un cas de simulation incontestable, et il ne s'explique pas l'hésitation des spécialistes qui ont pu examiner cet individu; à son avis la persistance du réflexe pupillaire est une preuve péremptoire de l'intégrité de la vue et exclut formellement la possibilité d'une cécité réelle.

L'amblyopie double a été observée à la suite des accidents de la foudre et chez les hystériques; elle a été également signalée sur des personnes frappées de ce qu'on appelle vulgairement *un coup de soleil de neige*; mais, dans ces cas, on trouve le réflexe pupillaire aboli; l'amblyopie survenant dans ces conditions est ordinairement transitoire, mais elle peut parfois aussi entraîner une diminution de l'acuité visuelle qui persiste indéfiniment.

J. Barozzi.

BIBLIOGRAPHIE

Les causeries de Bianchon, 1 vol. in-12, de 380 pages Prix : 4 fr. (Société d'éditions scientifiques).

Emile Bourquelot. — *Les ferments solubles* (Diastases-Enzymes). 1 vol. in-8° raisin, de VIII-220 pages. Prix : 3 fr. 50 (Société d'éditions scientifiques).

Aderson Ferra. — *Higiène da bocca.* Considesaçoes geraes sobre a arte dentaria. 1 vol. in-18 carré, de 320 pages (Cunha, Fereo et Cie, à Ceara).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment. 4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLEREE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTEES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

ARCACHON

ENFANTS DÉBILES
CONVALESCENCES
SCROFULES
ET TUBERCULOSES

MAISON DE FAMILLE & DE CONVALESCENCE

Située dans les Pins, à proximité de la Plage

Grand Jardin — Tennis — Gymnastique Suédoise — Massage

SOINS PARTICULIERS POUR JEUNES ENFANTS, ÉDUCATION

Hautes références médicales et familiales

S'adresser à la Directrice : Mme HENRY DUBOIS

Granules de Catillon
A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRE DE
STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
EXIGER LA MARQUE. Paris, 3, Boul[t] S[t]-Martin.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE

CICATRISANT LES PLAIES

Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française

PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS

Très efficace contre les **Anthrax, Cancers, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements**, etc.

SE DÉFIER DES IMITATIONS

ANALYSES LABORATOIRE D'ANALYSE MÉDICALE
G. MERCIER, Pharmacien-Chimiste, 158, R. St-Jacques.

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indique dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE. Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

PHOSPHATOSE VAUDIN

PHOSPHATE DE CHAUX PHYSIOLOGIQUE

Complètement Assimilable, tel qu'il existe dans le Lait.

Préparation par excellence pour toutes les affections de l'enfance et de l'âge adulte, dans lesquelles les phosphates sont indiqués : ***Troubles de la croissance, Maladies des os, Rachitisme, Maladies des organes respiratoires, Lymphatisme, Convalescences en général, toutes les Tuberculoses, Anémie***, etc. Dans la ***Grossesse***, l'***Allaitement***, pendant la ***Dentition*** et le ***Sevrage des enfants***, la **PHOSPHATOSE** rendra de très grands services.

DOSES :

ADOLESCENTS et ADULTES : 2 à 4 cuillerées à café par jour.
ENFANTS : 1 à 2 cuillerées à café par jour suivant l'âge, délayée dans du lait ou mélangée aux potages.

PHOSPHATE DE CHAUX — PHOSPHATOSE VAUDIN — PHYSIOLOGIQUE

Détail : Phie VAUDIN, à Fecamp (S.-Inf.) ; Phie BRETONNEAU, 6, R. Marengo, Paris *et dans toutes les Pharmacies.*
Vente en Gros : Ste Fce de PRODUITS PHARMACEUTIQUES, 9, R. de la Perle, Paris.

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

CHLORO-ANÉMIE · CONVALESCENCES

DRAGÉES DE FER COGNET

PROTOXALATE DE FER & QUASSINE CRISTALLISÉE

LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.